

## FIDEICOMISO DE BENEFICIOS CONJUNTOS

ADMINISTRADOR  
4160 Dublin Blvd., Suite 400  
Dublín, California 94568-7756  
TELÉFONO: (925) 833-7306  
FAX: (925) 833-7301

PRESIDENTA, María Ashley Alvarado  
COPRESIDENTA, Stacey Cue

**12 de Julio de 2022**

«prt\_first» «prt\_last»  
«prt\_addr1» «prt\_addr2»  
«prt\_city», «prt\_state» «prt\_zip\_code»

**Para: Todos los participantes del plan de beneficios estacionales y sus dependientes, incluidos los beneficiarios de COBRA**

**De: Junta de Síndicos, Fideicomiso de Beneficios Conjuntos**

### RESUMEN DE MODIFICACIONES MATERIALES

**Esta información es MUY IMPORTANTE para usted y sus dependientes.** Por favor, tómese el tiempo para leerlo cuidadosamente.

Efectivo el 1 de enero de 2022, los nombres de los Planes de Joint Benefit Trust han cambiado y el 1 de mayo de 2022, la ley federal requiere una serie de mejoramientos del Plan para cumplir con la *Ley de No Sorpresas*. Estos mejoramientos se describen a continuación. Los términos en mayúsculas se definen en la sección etiquetada "DEFINICIONES NUEVAS/REVISADAS DEL PLAN".

#### CAMBIOS EN LOS NOMBRES DE LOS PLANES A partir del 1 de enero de 2022

De acuerdo con los cambios realizados en los Planes en los últimos diez años, a partir del 1 de enero de 2022 los nombres del Plan han cambiado a los siguiente:

<u>Nombre antiguo del plan</u>	<u>Nuevo nombre del plan</u>
Plan de 1400 horas	Plan de Beneficios de Salud de Tiempo Completo (Horas mínimas de trabajo anuales requeridas)"
Plan de sin 1400 horas	Plan de Beneficios Médicos de Temporada (Pre 7/1/2003 Antigüedad de tres años)"
Nuevos participantes	"Plan de beneficios de temporada"
Plan de Jubilados de 1400 Horas	"Plan de Tiempo Completo para Jubilados"

Tenga en cuenta que los paréntesis para el "Plan de Beneficios de Salud de Tiempo Completo" y el "Plan de Beneficios Médicos de Temporada" no necesitan usarse en todo momento. Las palabras "Temporada" y "Tiempo Completo" tal como se usan en los nuevos nombres del Plan son términos descriptivos utilizados en la industria conservera. El uso de estas palabras en los nuevos nombres del Plan o en este documento no tiene la intención de limitar o modificar de ninguna manera las disposiciones de antigüedad o las clasificaciones de puestos contenidas en cualquier acuerdo de negociación colectiva que prevea la participación en el Fideicomiso de Beneficios Conjuntos.

**NUEVAS PROTECCIONES DE FACTURACIÓN PARA CIERTOS SERVICIOS DE  
PROVEEDORES QUE NO PERTENESEN A LA RED  
A partir del 1 de mayo de 2022**

La *Ley de No Sorpresas* limita sus montos de costos compartidos y proporciona protecciones contra facturas médicas sorpresa para usted y sus dependientes cubiertos en las siguientes situaciones:

1. Cuando recibe Servicios de Emergencia en un hospital o en un Departamento de Emergencias Independiente que no pertenece a la Red;
2. Cuando reciba servicios que no sean de emergencia (de lo contrario cubiertos por el Plan) de un proveedor que no sea de la red en una instalación dentro de la red, a menos que el proveedor que no sea de la red cumpla con ciertos requisitos de notificación y consentimiento para dichos servicios; y
3. Cuando recibe Servicios de Ambulancia Aérea (de otra manera cubiertos por el Plan) de un proveedor que no es de la Red.

**IMPORTANTE: A partir del 1 de mayo de 2022, las personas que reciban los servicios anteriores solo serán responsables de pagar su co-seguro, copago y/o deducible dentro de la red (si corresponde) y no podrán ser facturadas en el saldo por el proveedor o instalación que no sea de la red por estos servicios. Recuerde, el Plan generalmente NO cubre los servicios recibidos de proveedores que no pertenecen a la red, excepto en emergencias.**

**Servicios de Emergencia**

Los Servicios de Emergencia están cubiertos por el Plan de la siguiente manera:

- Sin necesidad de autorización previa, incluso si los servicios son realizados por un proveedor que no es parte de la red;
- Sin tener en cuenta si los Servicios de Emergencia fueron realizados por un proveedor dentro de la red o una instalación de emergencia dentro de la red, según corresponda, con respecto a los servicios;
- Sin ningún requisito administrativo o limitación en los Servicios de Emergencia fuera de la red que sea más restrictivo que los requisitos o limitaciones que se aplican a los Servicios de Emergencia recibidos de proveedores dentro de la red e instalaciones de emergencia dentro de la red;
- Sin requisitos de costos compartidos en los servicios de emergencia que no son de la red que son más que los requisitos que se aplicarían si los servicios fueran proporcionados por un proveedor dentro de la red o una instalación de emergencia dentro de la red;
- El requisito de participación en los costos para los servicios de emergencia que no son de la red se calculará como si el monto total que se habría cobrado por los servicios fuera igual al "Monto reconocido" de la *Ley Sin Sorpresas* por los servicios; y
- Los pagos de costos compartidos realizados por el participante o beneficiario con respecto a los Servicios de Emergencia contarán hacia el deducible dentro de la red o máximos de desembolso dentro de la red aplicados bajo del Plan y de la misma manera si los pagos de costos compartidos se realizaran con respecto a los servicios de emergencia proporcionados por un proveedor dentro de la red o una instalación de emergencia proveedor dentro de la red.

En general, no se le puede facturar el saldo por los servicios de emergencia proporcionados por un proveedor que no pertenece a la red. El Monto de Costos Compartidos para Servicios de Emergencia de proveedores que no son de la red se basará en el menor de: (i) cargos facturados por el proveedor, o (ii) el Monto de Pago Calificado (QPA).

**Artículos o servicios que no sean de emergencia de un proveedor que no sea de la red en una instalación dentro de la red**

Servicios que no son de emergencia (que de otro modo están cubiertos por el Plan), cuando son realizados por un proveedor fuera de la red en una instalación dentro de la red, ahora están cubiertos por el Plan de la siguiente manera:

- El requisito de costos compartidos no será más que el requisito de los costos compartidos que se aplicaría si los artículos o servicios hubieran sido proporcionados por un proveedor dentro de la red,
- Los requisitos de costos compartidos se calcularán como si la cantidad total que se habría cobrado por los artículos y servicios por parte de dicho proveedor dentro de la red fuera igual a la Cantidad Reconocida de la *Ley de No Sorpresas* para esos artículos y servicios,
- Los pagos de costos compartidos realizados por el participante o beneficiario contarán hacia el deducible dentro de la red y máximos de desembolso dentro de la red aplicados bajo el plan (y se deben aplicar los máximos de deducible y desembolso dentro de la red) de la misma manera que si dichos pagos de costos compartidos se realizaran con respecto a artículos y servicios proporcionados por un proveedor dentro de la red, y

En general, no se le puede facturar el saldo por estos artículos o servicios a menos que el proveedor fuera de la red siga los procedimientos de notificación y consentimiento que se describen a continuación (esto no se puede aplicar a todos los artículos y servicios que no son de emergencia cuando los realiza un proveedor que no es de la red en una instalación dentro de la red).

#### ***Procedimientos de notificación y consentimiento***

Los artículos o servicios que no sean de emergencia realizados por un proveedor que no sea de la red en una instalación dentro de la red no tendrán las protecciones financieras de la *Ley de No Sorpresas*, y NO estarán cubiertos por el Plan si el proveedor que no es de la red sigue los requisitos de notificación y consentimiento que se describen a continuación:

1. Al menos 72 horas antes del día de la cita (o tres (3) horas antes de los servicios en el caso de una cita el mismo día), el participante o dependiente recibe un aviso por escrito de que el proveedor es un proveedor fuera de la red con respecto al Plan, una estimación de los cargos por el tratamiento y cualquier limitación anticipada que el Plan pueda poner en el tratamiento, los nombres de cualquier proveedor dentro de la red en la instalación que pueda tratar al paciente, y que el paciente pueda elegir, ser referido a uno de los proveedores dentro de la red enumerados; y
2. El participante o dependiente da su consentimiento informado para continuar el tratamiento por parte del proveedor que no es de la red, reconociendo que el participante o beneficiario entiende que el tratamiento continuo por parte del proveedor fuera de la red puede resultar sin cobertura para el participante o beneficiario.

**IMPORTANTE: Si usted da su consentimiento para el tratamiento continuo por parte de un proveedor que no pertenece a la red, usted será responsable del costo total de su tratamiento y perderá las protecciones de la *Ley de No Sorpresas* descritas en este aviso porque el Plan no cubre los servicios recibidos de proveedores fuera de la red a menos que estén sujetos a la *Ley de No Sorpresas*.**

La excepción de notificación y consentimiento para artículos o servicios que no sean de emergencia realizados por un proveedor fuera de la red en una instalación dentro de la red no se aplica a los servicios auxiliares y los artículos o servicios proporcionados como resultado de necesidades médicas imprevistas y urgentes que surjan en el momento en que se proporciona un artículo o servicio, sin importar si el proveedor fuera de la red cumplió con los criterios de notificación y consentimiento.

El Monto de Costos Compartidos para servicios que no son de emergencia en Instalaciones dentro de la red por Parte de Proveedores fuera de la red se basará en el Monto Reconocido de la *Ley Sin Sorpresas*, que es,

generalmente, el menor de (i) los cargos facturados del Proveedor fuera de la Red, o (ii) el Monto de Pago Calificado (es decir, la mediana del contrato del Plan tarifas para el artículo o servicio en esa ubicación).

### **Servicios de ambulancia aérea**

Si recibe servicios de ambulancia aérea de un proveedor que no pertenece a la red y que de otro modo estaría cubierto por el Plan, esos servicios estarán cubiertos por el Plan de la siguiente manera:

- El requisito de participación en la financiación de los gastos no será más que el requisito de participación en la financiación de los gastos que se aplicaría si los servicios hubieran sido rendidos por un proveedor dentro de la red.
- El Monto de Costos Compartidos se calculará como si el monto total que un proveedor de servicios de Ambulancia Aérea dentro de la Red hubiera cobrado por los servicios fuera igual al menor del Monto de Pago Calificado o el monto facturado por los servicios.
- Cualquier pago de costos compartidos que realice con respecto a los servicios cubiertos de ambulancia aérea contará hacia su deducible dentro de la red y el máximo de desembolso dentro de la red de la misma manera que los recibidos de un proveedor dentro de la red.

En general, no se le puede facturar el saldo por estos artículos o servicios.

### **Revisión Externa**

Una Determinación de Beneficio Adverso que esté relacionada con un Servicio de Emergencia, un Servicio que no sea de Emergencia proporcionado por un proveedor fuera de la red en una instalación dentro de la Red y / o servicios de Ambulancias Aéreas, que esté cubierto por la *Ley de No Sorpresas*, puede ser elegible para la Revisión Externa. Consulte los procedimientos de revisión externa en el Resumen de la Descripción del Plan para obtener más información.

### **Proceso de Quejas**

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, o tiene una queja bajo la *Ley de No Sorpresas*, puede comunicarse con la Oficina Administrativa al 1-800-JBT-HELP (1-800-528-4357) para obtener ayuda.

### **Revocación de las Reglas de Pago del Departamento de Emergencias**

La disposición del Plan con respecto al pago de los servicios de la sala de emergencias, según lo requerido por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, se deroga para los servicios prestados a partir del 1 de mayo de 2022 y se reemplaza con los requisitos de la *Ley de No Sorpresas* descritos anteriormente.

<p style="text-align: center;"><b>CONTINUIDAD DE LA COBERTURA DE ATENCIÓN</b> <b>A partir del 1 de mayo de 2022</b></p>
---

Si cumple con los requisitos de un "Paciente de atención de continuidad" y el contrato entre el Fondo y su proveedor o instalación dentro de la red termina, o terminan sus beneficios debido a un cambio en términos de la participación de los proveedores y/o instalaciones en la red,

1. Se le notificará de manera oportuna de la terminación del contrato y de su derecho a elegir la atención transitoria continua del proveedor o instalación; y
2. Se le permitirá hasta noventa (90) días de cobertura continua en el Monto de Costos Compartidos dentro de la Red para permitir una transición de atención a un proveedor contratado con la Red.

## **DIRECTORIO DE PROVEEDORES DENTRO DE LA RED**

**A partir del 1 de mayo de 2022**

Una lista de proveedores dentro de la red está disponible para usted sin cargo en <https://www.anthem.com/ca/find-care> o llamando al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación de Anthem. La red está formada por proveedores, incluidos hospitales, de diversas especialidades y de medicina general, que son contratados con el Plan o una organización que contrata en su nombre.

Si obtiene y confía en información incorrecta proporcionada por la Línea de ayuda para encontrar doctores/instalaciones dentro de la red (833-346-3365) sobre si un proveedor es un proveedor dentro de la red, el Plan aplicará el Monto de costos compartidos dentro de la red a su reclamo, incluso si el proveedor no era un proveedor dentro de la red.

## **DEFINICIONES NUEVAS/REVISADAS DEL PLAN**

**A partir del 1 de mayo de 2022**

Para implementar las protecciones de la Ley de No Sorpresas, a partir del 1 de mayo de 2022, el Fondo está adoptando las siguientes definiciones nuevas / revisadas de términos en el Plan.

### **Ambulancia Aérea**

El término "ambulancia aérea" significa transporte médico para pacientes por una ambulancia aérea de ala rotativa, como se define en 42 CFR § 414.605, o ambulancia aérea de ala fija, como se define en 42 CFR § 414.605.

### **Cargos permitidos para reclamos sujetos a la Ley de No Sorpresas**

Para los Servicios de Emergencia proporcionados por Proveedores que no son de la Red, para los Servicios que no son de Emergencia proporcionados por un Proveedor que no es de la Red en una instalación dentro de la Red (excluyendo los servicios para los cuales el Proveedor que no es de la Red obtuvo notificación y consentimiento del participante o dependiente), y para los Servicios de Ambulancia Aérea, el término "Cargo Permitido" significa la Tarifa No relacionada con la Red, como se define a continuación.

### **Servicios auxiliares**

El término "Servicios Auxiliares" significa, con respecto a los servicios proporcionados por Proveedores que no son de la Red en un centro de atención médica dentro de la Red:

- Artículos y servicios relacionados con la medicina de emergencia, anestesiología, patología, radiología y neonatología, ya sea proporcionados por un médico o un practicante médico que no es clasificado como doctor médico;
- Artículos y servicios proporcionados por cirujanos asistentes, hospitalistas e intensivistas;
- Servicios de diagnóstico, incluidos los servicios de radiología y laboratorio, y los artículos y servicios proporcionados por otros profesionales especializados según lo especificado por el Secretario de HHS; y
- Artículos y servicios proporcionados por un proveedor que no es de la red si no hay un proveedor dentro de la red que pueda proporcionar dicho artículo o servicio en dicha instalación.

Con respecto a los Servicios Hospitalarios (Pacientes Hospitalizados), los Servicios Auxiliares también incluyen los servicios proporcionados por un Hospital o otro Centro de Atención Médica que no sea alojamiento y comida, incluidos, entre otros, el uso de la sala de operaciones, la sala de recuperación, la unidad de cuidados intensivos, etc., y los servicios de laboratorio y rayos X, medicamentos, y los suministros médicos proporcionados durante el confinamiento.

## **Facturación de saldo**

El término "Facturación de saldo" significa una factura de un proveedor de atención médica a un paciente por la diferencia (o saldo) entre los Cargos Permitidos de este Plan y lo que el proveedor realmente cobró (los cargos facturados). Los montos asociados con la facturación del saldo no están cubiertos por este Plan, incluso si se alcanzan los límites de desembolso del Plan. Consulte también las disposiciones relacionadas con los gastos de bolsillo y los cargos permitidos del Plan.

Bajo la *Ley de No Sorpresas*, no se le puede facturar el saldo por Servicios de Emergencia, Servicios de Ambulancia Aérea y, a menos que se cumplan los criterios apropiados de notificación y consentimiento, por cualquier servicio que no sea de Emergencia realizado por proveedores no participantes en una instalación participante dentro de la Red. Para estos servicios, los pagos de costos compartidos contarán para cualquier deducible dentro de la red y máximo de desembolso dentro de la red. Usted será responsable de la cantidad total facturada por todos los servicios recibidos de un proveedor que no sea de la Red y que no estén sujetos a las protecciones de la *Ley de No Sorpresas*.

## **Paciente de Atención de Continuidad**

El término "Paciente de Atención de Continuidad" significa un participante o beneficiario que, con respecto a un proveedor o instalación:

1. Se está sometiendo a un curso de tratamiento para una condición grave y compleja por parte del proveedor o centro;
2. Se está sometiendo a un curso de atención institucional o hospitalaria del proveedor o centro;
3. Está programado para someterse a una cirugía no electiva del proveedor, incluida la recepción de atención postoperatoria de dicho proveedor o centro con respecto a dicha cirugía;
4. Está embarazada y se somete a un curso de tratamiento para el embarazo del proveedor o centro; o
5. Es o se determinó que tiene una enfermedad terminal (según lo determinado en virtud de la sección 1861 (dd) (3) (A) de la Ley del Seguro Social) y está recibiendo tratamiento para dicha enfermedad de dicho proveedor o instalación.

## **Costos Compartidos**

El término "Costo compartido" significa la cantidad que un participante o beneficiario es responsable de pagar por un artículo o servicio cubierto bajo los términos del plan. El costo compartido generalmente incluye copagos, coseguros y montos pagados para deducibles, pero no incluye montos pagados hacia primas de seguro médico, facturación de saldo por proveedores que no son de la red o el costo de artículos o servicios que no están cubiertos por el plan.

El **monto de costos** compartidos para servicios de emergencia y no de emergencia en instalaciones dentro de la red realizados por proveedores que no pertenecen a la red, y los servicios de ambulancia aérea de proveedores que no son de la red se basarán en el monto reconocido de la *Ley de No Sorpresas*.

## **Condición médica de emergencia**

El término "condición médica de emergencia" significa una condición médica, incluida una condición de salud mental o trastorno por uso de sustancias, manifestada por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor severo) de modo que una persona prudente que posee un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resulte en un deterioro grave de las funciones corporales, disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal, o poner en grave peligro la salud de una mujer o de su hijo/a por nacer.

## **Servicios de Emergencia**

El término "Servicios de Emergencia" significa lo siguiente:

1. Un examen médico apropiado que esté dentro de la capacidad del departamento de emergencias de un hospital o de un departamento de emergencias independiente, según corresponda, incluidos los Servicios Auxiliares disponibles rutinariamente por el departamento de emergencias para evaluar dicha condición médica de emergencia; y
2. Dentro de las capacidades del personal y las instalaciones disponibles en el hospital o en el departamento de emergencias independiente, según corresponda, el examen médico y el tratamiento adicionales que se requieran para estabilizar al paciente (sin importar el departamento del hospital en el que se proporcione dicho examen o tratamiento adicional).

Los servicios de emergencia proporcionados por un proveedor que no pertenece a la red o una instalación de emergencia que no pertenece a la red (sin importar el departamento del hospital en el que se proporcionen dichos artículos o servicios) también incluyen servicios posteriores a la estabilización (es decir, artículos y servicios proporcionados después de que el paciente se estabilice) y como parte de la observación ambulatoria o una estancia hospitalaria o ambulatoria con respecto a la visita en la que se proporcionaron los servicios de emergencia, hasta:

- El médico de emergencias tratante o el proveedor de tratamiento determina que el participante o beneficiario puede viajar una distancia razonable utilizando transporte no médico o transporte médico sin emergencia; y
- El participante o dependiente cubierto recibe un aviso por escrito de lo siguiente:
  1. El proveedor es un proveedor que no pertenece a la red con respecto al Plan,
  2. Una estimación de los cargos por el tratamiento y cualquier limitación anticipada que el Plan pueda poner en el tratamiento de un paciente,
  3. Los nombres de cualquier proveedor dentro de la red en la instalación que pueda tratar al paciente, y que el paciente pueda elegir ser referido a uno de los proveedores dentro de la red enumerados; y
  4. El paciente (o su representante autorizado) da su consentimiento voluntario informado para continuar el tratamiento por parte del Proveedor que no es de la red, reconociendo que el paciente (o su representante autorizado) entiende que el tratamiento continuo por parte del Proveedor que no pertenece a la red puede resultar en un mayor costo para el participante o dependiente cubierto.

### **Centro de atención médica**

El término "Centro de Atención Médica" (para servicios que no son de emergencia) significa cada uno de los siguientes:

1. Un hospital (como se define en la sección 1861 (e) de la Ley de Seguridad Social);
2. Un departamento ambulatorio del hospital;
3. Un hospital de acceso crítico (como se define en la sección 1861 (mm) (1) de la Ley de Seguridad Social); y
4. Un centro quirúrgico ambulatorio descrito en la sección 1833 (i) (1) (A) de la Ley del Seguro Social.

### **Departamento de Emergencia Independiente**

El término "Departamento de Emergencia Independiente" significa un centro de atención médica (no limitado a los descritos en la definición de centro de atención médica) que está geográficamente separado y es distinto de un hospital según la ley estatal aplicable y proporciona servicios de emergencia.

### **Ley de No Sorpresas**

El término "Ley de No Sorpresas" significa la Ley de No Sorpresas (Ley Pública 116-260, División BB).

### **Instalación de emergencia no relacionada con la red**

El término "Instalación de emergencia no relacionada con la red " significa un departamento de emergencias de un hospital, o un departamento de emergencias independiente (o un hospital, con respecto a los Servicios de Emergencia según se define), que no tiene una relación contractual directa o indirectamente con un plan de salud grupal o cobertura de seguro de salud grupal ofrecida por un emisor de seguro de salud, con respecto al suministro de un artículo o servicio bajo el plan o cobertura, respectivamente.

### **Proveedor que no es de la red**

El término "Proveedor que no pertenece a la red" significa un proveedor de atención médica que no tiene una relación contractual directa o indirectamente con el Plan con respecto al suministro de un artículo o servicio bajo el Plan.

### **Tarifa fuera de la red**

Con respecto a los Servicios de Emergencia proporcionados por un Proveedor que no es de la Red, los servicios que no son de emergencia proporcionados por un Proveedor que no es de la Red en una instalación dentro de la Red y los Servicios de Ambulancia Aérea por un Proveedor que no es de la Red, el término "Tarifa que no es de la Red" significa uno de los siguientes:

- La cantidad que las partes negocian;
- La cantidad aprobada bajo el proceso independiente de resolución de disputas (IDR); o
- Si el Estado tiene un Acuerdo Modelo de Todos los Pagadores, la cantidad que el estado aprueba bajo ese sistema.

### **Límite de desembolso en el costo compartido dentro de la red del plan médico (límite anual de desembolso).**

La *Ley de No Sorpresas* modifica la definición de Límite Anual de Desembolso proporcionado en la Descripción Resumida del Plan para Servicios de Emergencia, servicios que no son de emergencia proporcionados por un Proveedor que no es de la Red en una instalación dentro de la Red y Servicios de Ambulancia Aérea de la siguiente manera: cualquier pago de costos compartidos (por ejemplo, copagos, coseguro y deducibles) realizado por el participante o beneficiario se cuenta para cualquier pago dentro de la red. deducible o límite de desembolso.

### **Monto de pago calificado (QPA)**

El término "Monto de Pago Calificado" significa el monto calculado utilizando la metodología descrita en 29 CFR § 2590.716-6 (c), que generalmente es la mediana de las tarifas contratadas del plan o emisor para el artículo o servicio en el área.

### **Cantidad reconocida**

El término "Cantidad Reconocida" significa (en orden de prioridad) uno de los siguientes:

1. Una cantidad determinada por un Acuerdo Modelo de Todos los Pagadores aplicable bajo la sección 1115A de la Ley de Seguridad Social;
2. Una cantidad determinada por una ley estatal específica; o
3. El menor de los montos facturados por el proveedor o la instalación o el Monto de Pago Calificado (QPA).

Para los Servicios de Ambulancia Aérea proporcionados por Proveedores que no son de la Red, el **Monto Reconocido** es el menor del monto facturado por el proveedor o instalación o el Monto de Pago Calificado (QPA).

## Condición grave y compleja

El término "Condición Grave y Compleja" significa con respecto a un participante, beneficiario o afiliado bajo el Plan uno de los siguientes:

1. En el caso de una enfermedad aguda, una condición que es lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico especializado para evitar la posibilidad razonable de muerte o lesión permanente;
2. En el caso de una enfermedad o afección crónica, una condición que es:
  1. Es potencialmente mortal, degenerativo, potencialmente incapacitante o congénito; y
  2. Requiere atención médica especializada durante un período prolongado de tiempo.

En el contexto de la continuidad de la atención, la **terminación** incluye, con respecto a un contrato, la expiración o no renovación del contrato, pero no incluye una terminación del contrato por incumplimiento de los estándares de calidad aplicables o por fraude.

**CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN DEPENDIENTE DURANTE LA  
INSCRIPCIÓN ABIERTA  
A partir del 1 de julio de 2022**

A partir del 1 de julio de 2022, podrá cancelar la inscripción de dependientes cubiertos por su plan de salud JBT solo durante el período de inscripción abierta cada año. Los dependientes que se dan de baja durante el período de inscripción abierta no podrán volver a inscribirse en su plan de salud JBT hasta el próximo período de inscripción abierta, o si usted o su dependiente experimenta un evento de inscripción especial HIPAA que permitiría la inscripción en su plan de salud JBT.

*This notice is in Spanish. If you have difficulty understanding any part of this notice, you can contact your representative at the Administrative Office, who will provide you with the help you need.*

Este Aviso está destinado a modificar todos los documentos, avisos y correspondencia de JBT, incluyendo (but no limitado a) la Descripción Resumida del Plan (SPD). Este documento es un Resumen de Modificaciones Materiales ("SMM") destinado a notificarle sobre cambios importantes realizados en su plan de beneficios. Debe tomarse el tiempo para leer este SMM cuidadosamente (y compartirlo con su familia) y guardarlo con su copia del SPD. Se ha hecho todo lo posible para que esta descripción sea lo más completa y precisa posible, este SMM, por supuesto, no puede contener una reafirmación completa de los términos y disposiciones de su Plan JBT. La Junta de Síndicos se reserva el derecho, a su entera y absoluta discreción, de enmendar, modificar, terminar o interpretar y decidir todos los asuntos bajo el Plan JBT, o cualquier beneficio proporcionado bajo el Plan JBT, en su totalidad o en parte, en cualquier momento y por cualquier motivo.

